Washington State Department of Social & Health Services

# AUTORIZACIÓN PARA LA VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES

BACKGROUND AUTHORIZATION

**Se le ruega escribir con letra de imprenta legible y en TINTA NEGRA.**

**Se adjuntan las instrucciones.**

## SECCIÓN 1. DATOS DE LA ENTIDAD (DEBE COMPLETARSE POR EL PERSONAL DE DSHS, PROVEEDOR, SOLICITANTE, PERSONA LICENCIADA O CONTRATISTA)

1. NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE SOLICITA LA VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES (REQUERIDO)

2. NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE SOLICITA LA VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES QUE DEBE COMPLETARSE POR DSHS (REQUERIDO)
   ESCRIBA NOMBRE CON LETRA DE IMPRENTA: FIRMA:

3. OBJETIVO DE LA VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES (SE REQUIERE ÚNICAMENTE PARA LA ADMINISTRACIÓN SERVICIOS PARA NIÑOS, ADMINISTRACIÓN SERVICIOS FINANCIEROS (ESA), ADMINISTRACIÓN SERVICIOS PARA ANCIANOS Y DISCAPACITADOS (ADSA) Y EMPLEO ESTATAL DE DSHS)

ADMINISTRACIÓN SERVICIOS PARA NIÑOS:
- ☐ Cuidado suplente
- ☐ Empleado de un establecimiento residencial o de una agencia de colocación de niños
- ☐ Adopción
- ☐ Colocación con parientes de DCFS
- ☐ Persona implicada (o relacionada) con una investigación de CPS

ESA:
- ☐ Hogar familiar de cuidado de niños
- ☐ Centro de cuidado de niños
- ☐ Centros para niños en edad escolar
- ☐ Pariente en el hogar
- ☐ Persona en representación de los padres

EMPLEO ESTATAL DE DSHS:
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO:
_____ **(ESCRIBA "NINGUNO" SI NO CORRESPONDE)**
- ☐ Puesto permanente
- ☐ Puesto provisional
- ☐ Pasantía
- ☐ Trabajo de estudio
- ☐ Voluntario
- ☐ Despido

ADSA:
- ☐ Persona implicada (o relacionada) con una investigación de APS, conforme RCW 74.34

4. NÚMERO DE CUENTA DE BCCU (REQUERIDO)

5. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN (ID) DE DSHS

## SECCIÓN 2. DATOS DEL SOLICITANTE (DEBE COMPLETARSE POR LA PERSONA QUE SE SOMETERÁ A LA AVERIGUACIÓN)

6. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (OPCIONAL)

7. FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA) (REQUERIDO)

8. ESCRIBA SU NOMBRE COMPLETO CON LETRA DE IMPRENTA (REQUERIDO):

| | APELLIDO **(ESCRIBA "NINGUNO" SI NO CORRESPONDE)** | PRIMER NOMBRE **(ESCRIBA "NINGUNO" SI NO CORRESPONDE)** | SEGUNDO NOMBRE **(ESCRIBA "NINGUNO" SI NO CORRESPONDE)** |
|---|---|---|---|
| A. NOMBRE ACTUAL: | | | |
| B. NOMBRE DE NACIMIENTO: | (ESCRIBA "IGUAL" SI FUERA IGUAL AL NOMBRE ACTUAL) | (ESCRIBA "IGUAL" SI FUERA IGUAL AL NOMBRE ACTUAL) | (ESCRIBA "IGUAL" SI FUERA IGUAL AL NOMBRE ACTUAL) |

9. ESCRIBA OTROS APELLIDOS POR LOS CUALES SE LE HA CONOCIDO **(ESCRIBA "NINGUNO" SI NO CORRESPONDE)** (REQUERIDO):

10. ESCRIBA SUS APODOS Y OTROS NOMBRES DE PILA POR LOS CUALES SE LE HA CONOCIDO **(ESCRIBA "NINGUNO" SI NO CORRESPONDE)** (REQUERIDO):

11. **¿Ha sido usted sentenciado o tiene cargos pendientes por algún delito?** (REQUERIDO) ..... ☐ Sí ☐ No
    De ser sí, indique el delito, el estado en donde ocurrió, la fecha de sentencia o la etapa en la que se encuentran los cargos.
    Añada carillas adicionales si fuera necesario.
    Delito: _____ Estado: _____ Fecha de la sentencia: _____ Cargos pendientes: ..... ☐ Sí ☐ No
    Delito: _____ Estado: _____ Fecha de la sentencia: _____ Cargos pendientes: ..... ☐ Sí ☐ No

12. **¿ Alguna vez se lo encontró culpable por abuso sexual, abuso físico, negligencia, abandono o explotación de un niño, menor o adulto?** (REQUERIDO) ..... ☐ Sí ☐ No

13. **¿Alguna vez se le negó, canceló, revocó, anuló o suspendió un contrato y/o licencia para cuidar de niños?** (REQUERIDO) ..... ☐ Sí ☐ No

14. **¿Alguna vez un tribunal emitió una orden de protección en su contra por abuso, negligencia, explotación financiera, violencia doméstica o abandono?** (REQUERIDO) ..... ☐ Sí ☐ No

15. INDIQUE EL NÚMERO DE LICENCIA DE CONDUCIR O EL NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN ESTATAL VIGENTE (REQUERIDO)

| **(ESCRIBA "NINGUNO" SI NO CORRESPONDE)** | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | ESTADO EN DONDE SE EMITIÓ |
|---|---|---|
| | | |

16. a. Indique el número de años y meses consecutivos que ha vivido en el Estado de Washington. (REQUERIDO): _____ Años/_____ Meses
    b. ¿Ha completado una verificación de huellas dactilares de **DSHS** en los últimos tres años? (REQUERIDO) ☐ Sí ☐ No

17. DOMICILIO ACTUAL — CIUDAD — ESTADO — CÓDIGO POSTAL — CONDADO
    A. ACTUAL (REQUERIDO):
    B. PREVIO (OPCIONAL):

18. Comprendo que firmo esta declaración bajo pena de perjurio. Las declaraciones precedentes son verídicas y completas a mi leal saber y entender. Comprendo que toda respuesta falsa o intencionalmente engañosa o toda omisión deliberada podría resultar en mi descalificación inmediata como empleado, proveedor, cuidador, persona licenciada, contratista o individuo autorizado con acceso sin supervisión para cuidar de adultos o niños vulnerables. Por la presente, autorizo a que DSHS obtenga la información de mis antecedentes incluyendo, pero sin limitarse a sentencias, licenciamiento, servicios de protección para niños y adultos y documentación de licencias profesionales, por parte de todo ente policial, toda agencia estatal o federal, incluyendo a otros estados y al FBI. Entiendo que, según las leyes federales y estatales, podría requerirse la cesión de los resultados de esta verificación de antecedentes y toda verificación de antecedentes previa en respuesta a la solicitud de divulgación pública o procesos de descubrimientos civiles. Entiendo que la información incompleta o ilegible podría anular o demorar la tramitación, y mi empleo o acuerdo contractual está condicionado hasta que se complete fructuosamente y se obtenga la autorización de esta verificación de antecedentes.

19. FIRMA DEL SOLICITANTE (REQUERIDO)
    SI EL SOLICITANTE FUERA MENOR DE 18 AÑOS DE EDAD, DEBERÁ FIRMAR EL PADRE/MADRE O TUTOR.

20. FECHA (REQUERIDO)
    (VÁLIDO POR TRES MESES DESDE LA FECHA DE LA FIRMA)

**FOR USE BY CHILDREN'S ADMINISTRATION AND DCCEL STAFF ONLY**

CAMIS files checked by _____ on date _____ ☐ No information found ☐ Information available

## INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES

Este formulario deberá llenarse según lo indicado. No se aceptará ningún otro formulario.

Los errores más comunes que se cometen cuando se solicita la verificación de antecedentes son:

- Se dejan casillas en blanco.
- La letra es ilegible.
- Se utilizó el formulario incorrecto.
- El solicitante es menor de 18 años de edad y el padre/madre o tutor no ha firmado el formulario.
- Han transcurrido más de tres (3) meses desde la fecha en que se firmó, a la fecha que la Unidad Central de Verificación de Antecedentes recibió el formulario.

**SECCIÓN 1: Debe completarse por la entidad que solicita la verificación de antecedentes.**

1. Requerido. Indique la entidad que solicita la verificación de antecedentes. Ésta podría ser una oficina de DSHS, agencia de colocación de niños, contratista, instalación licenciada, solicitante licenciado, proveedor, agencia contratada, instalación u hogar donde se brinde cuidado/servicios o los padres. Comuníquese con la oficina de DSHS de la cual recibe servicios para averiguar qué entidad debería indicarse.
2. Requerido. La persona que solicita la verificación de antecedentes debe escribir su nombre con letra de imprenta y firmar.
3. **SÓLO** se requiere para la Administración Servicios para Niños, Administración Servicios Financieros, Administración Servicios para Ancianos y Discapacitados y empleo estatal de DSHS.
4. Se les ha asignado un número de cuenta de BCCU a todas las oficinas de DSHS y agencias a las que se les requiere realizar verificaciones de antecedentes por medio de la Unidad Central de Verificación de Antecedentes (BCCU). Los números de cuentas de BCCU se consignan en http://www1.dshs.wa.gov/msa/bccu/index.htm. Los resultados de las verificaciones de antecedentes se regresarán al domicilio o número de fax asociado con el número de cuenta de BCCU. Informe si hubiera algún error en el domicilio o número de fax a BCCU al bccuinquiry@dshs.wa.gov o al (360) 902-0299. Cerciórese de incluir el número de cuenta de BCCU en su correspondencia electrónica.
5. Opcional. Muchas oficinas de DSHS requieren un número de identificación (ID) para corroborar los resultados con los clientes de DSHS, personas licenciadas, contratistas u oficinas o personal de DSHS. El número de identificación podría incluir, pero no se limita al número de seguro social del padre/ madre o tutor, número de identificación del cliente, número de identificación de empleado de DSHS o identificación comercial del establecimiento. Comuníquese con la oficina de DSHS de la cual recibe servicios para averiguar si es necesario proporcionar un número de identificación.

**SECCIÓN 2: Debe completarse por el solicitante (persona que se someterá a la averiguación). Los empleados de DSHS que estén realizando una investigación de los Servicios de Protección de Adultos (APS) o Agencia Protectora de Menores (CPS) deberán completar esta sección a su leal saber y entender.**

6. Opcional.
7. Requerido.
8. A. Requerido.
   B. Requerido. Debe incluir el nombre completo de nacimiento. Escriba IGUAL si el nombre de nacimiento fuera igual a su nombre actual. Escriba NINGUNO si no se le ha asignado un nombre de nacimiento.
9. Requerido. Escriba NINGUNO si no se le conoce por ninguno otro nombre.
10. Requerido. Escriba NINGUNO si no tiene ningún apodo.
11. Requerido.
12. Requerido.
13. Requerido.
14. Requerido.
15. Requerido. Escriba NINGUNO si no tiene una licencia de conducir o un número de identificación estatal.
16. A. Requerido. Si ha vivido en el Estado de Washington por tres (3) años consecutivos pero posee una licencia de conducir de otro estado, se le podría solicitar que envíe su formulario para la verificación de antecedentes y comprobante de residencia a la oficina que otorga licencias o contratos de DSHS.

    Algunos solicitantes deberán completar la tarjeta de huellas dactilares si no han vivido en el Estado de Washington en los últimos 3 (tres) años consecutivos. Comuníquese con la oficina de DSHS de la cual recibe servicios para averiguar si necesita completar una tarjeta de huellas dactilares. **Deberán enviarse en el mismo sobre la autorización para la verificación de antecedentes y la tarjeta de huellas dactilares.**

    B. Requerido. Si ha completado una verificación de huellas dactilares de DSHS en los últimos tres (3) años y no ha vivido fuera del estado desde su última verificación de huellas dactilares, DSHS puede utilizar los resultados previos. Marque la respuesta correspondiente en la casilla 16 de la Sección 2.
17. A. Requerido.
    B. Opcional.
18. Lea antes de pasar a la casilla 19.
19. Requerido. Si es menor de 18 años de edad, su padre/madre o tutor deberá firmar este formulario.
20. Requerido. La Unidad Central de Verificación de Antecedentes deberá recibir el formulario de autorización para la verificación de antecedentes antes de transcurridos tres (3) meses a partir de la fecha en que se firmó.